



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07015961020198010001
Classe do Processo: Petição
Data/Hora: 05/02/2020 15:15:40

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

Documentos

Petição: 2607574_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01-1-3.pdf
Anexo - Petição: 2607574_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02 - 1-23.pdf
Anexo - Petição: 2607574_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02 - 24-26.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07015961020198010001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **HUGNO NASCIMENTO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro inferior direito com repercussão residual (10%), sendo efetuado o pagamento no valor de R\$945,00:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160174077 Cidade: Rio Branco Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DANILo ALEFF CARVALHO DA SILVA Data do acidente: 03/02/2016 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tibia e fíbula à direita

Descrição do exame: limitação da flexão e extensão do tornozelo e edema residual
médico pericial:

Resultados terapêuticos: tratada conservadoramente com gesso, por cerca de 6 semanas, não fez fisioterapia pois não precisou

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: RODRIGO VICK FERNANDES GOMES

CRM do médico: 981

UF do CRM do médico: AC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro inferior direito com repercussão média (50%), esta com a mesma repercussão apurada administrativamente.

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no membro inferior direito com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão média (50%), uma diferença gradual de 25%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 5 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

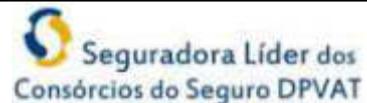
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 00000034316-1

Nr. da Autenticação 102CB7686E78DA21

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160174077 **Cidade:** Rio Branco
Vítima: DANILo ALEFF CARVALHO DA SILVA **Data do acidente:** 03/02/2016 **Natureza:** Invalidez Permanente
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia e fíbula à direita

Descrição do exame limitação da flexão e extensão do tornozelo e edema residual
médico pericial:

Resultados terapêuticos: tratada conservadoramente com gesso, por cerca de 6 semanas, não fez fisioterapia pois não precisou

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: RODRIGO VICK FERNANDES GOMES

CRM do médico: 981

UF do CRM do médico: AC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2016

Carta n°: 9721785

A/C: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

Sinistro: 3160174077 ASL-0126472/16
Vitima: DANILo ALEFF CARVALHO DA SILVA
Data Acidente: 03/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003320

Conta: 0000034316-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
No. DO BE: 2311221 DATA: 03/02/2016 HORA: 17:45 USUARIOS: ALESSANDRA
CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO INFANTIL

Documento de identidade

NOME : DANILLO ALIF CARVALHO DA SILVA IDENTIFICACAO DO PACIENTE
IDADE: 03 ANOS NASC: 04/09/2003 DOC...:
ENDERECO: TRAV. ANA NERY SEXO.: MASCULINO
COMPLEMENTO: BAIRRO: JOAO EDUARDO I NUMERO: 173
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE: /MARIA SHIRLENE CARVALHO D
RESPONSAVEL: TIA - KELLY CRISTINA OLIVEIRA DA SILVA PROCEDENCIA: TEL...: 9919-5
PROCEDENCIA: JOAO EDUARDO I
ATENDIMENTO: ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [X mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 []
EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TEC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFICO

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

relevo: Utimor de trepulhos DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
po curto com erupcões em dor e fadiga
no corpo apertado, inchaços e febre. e fadiga
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: (SEM DOR) [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

VITIM DE ATROPELAMENTO CID:
POA PRESCRITO: HORARIO DA MEDICACAO

AVERTIDO DE ONTOZONAS
Medicamento: SANTO DOMINGO

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] EVASAO [] DESISTENCIA
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OSITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

22:20hs Paciente apresentando melhora clínica.
Glasgow 15 (6+6+4)

Cd: Atto hospitalar com orientações gerais + reitorno
acompanhamento ambulatorial

Schiffman, Forte, Fonseca
ed. 2003
CNPJ 10.003

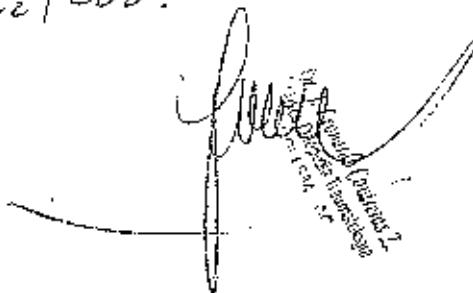
17:35 hs - Menor, sexo masculino, de 15 anos, de cor negra, de 1,60 mts e 60 kgs, de tez clara, procedente de sua residência, lucido, muito ativo, reativo, eupmico, apresentava palidez cutânea, febre, vítima de atropelamento por moto há t. 30 minutos com politana. Negou perda de consciência e ou vomitou. Da mola estava atravessando a rua quando foi atropelado. Apresenta exsudatos em região frontal, face e joelhos. Négligia. Enfermeira Sidunia COGEN 137-203 encaminhou para realização de exames posteriores apelido: casafaz, atropelado DATO PEPPIA: paciente fui eu e meu filho orientado

refers to subjective words specific to someone's culture.
I also say social factors.

also some to redb.

COPPER

CONFORME ORIGINAL



- ① Dijinovic sets \rightarrow 17 sets to 18:40
② Plenil sets \rightarrow 17 sets to 18:40
③ Obs I
④ ~~Mar 14~~ do Sunnerville.

18:45 hrs. Transferido para observación pediátrica

1840) cap deer yesterday at ~~1000 ft~~^{1000 ft} as
an extra deer writing all day up to now -
so much deer no the ground as some
idea what

CITM-F. faciale cu eroare de face.
Po la claud, + pt. pe măz de folică
dorerea de face.
Rhe de CITM-F. Dr. D. B. Popescu
Cirugie. Dr. D. B. Popescu
SANT CROAC-81

0468050225 - S. 872

USUÁRIO: EMERSON

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2311843 DATA: 05/02/2016 HORA: 13:12 USUARIO: EMERSON
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO.

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DANILLO ALEFF CARVALHO DA SILVA DOC...: C.C
 IDADE...: 3 ANOS NASC: 04/09/2012 SEXO...: MASCULI
 ENDERECO...: TRAV. ANA NERY NUMERO: 173
 COMPLEMENTO...:
 BAIRRO: JOAO EDUARDO I
 MUNICIPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-0
 NOME PAI/MAE.: HUGO NASCIMENTO DA SILVA /MARIA SHIRLENE CARVALHO DZ
 RESPONSAVEL...: A MAR TEL...: 9919-51
 PROCEDENCIA...: JOAO EDUARDO I
 ATENDIMENTO...: COM RITA/PRESCRICAO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[] PULSO[] TEMP. [] PESO [] FCI [] SPO2 []

EXAM.COMPL. [] RAIOS X[] SANGUE[] URINA[] TEC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA[]

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

Histórico: pôs náuseas e vômitos + 48 horas.
 Vom. 1x200 mL f. f. foi observado a belanço. Nôr. Pneu

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [] AMARELO) [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

Alt. 6 | Cúspide (" ofício) introd. leférme

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDIDA

Rx: Infusão de ferro tibio ② 1/2

4x100 mL

Desidratação + desidratação

Rx: 1/2 250 mL

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCaminhamento ao AMBULATORIO

INTERNACAO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] FALEceu APRES 48HS [] APES 48HS

Nascimento
CRM 461 AC IML [] AMAR. E

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Sic (mão) com estenose em face-lateral () após aferição de molas fisiológicas + 2 dias, queixas de algia intensa sem representação clínica estenose + dor lateral em MJS, negativa



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Novo Acre 23

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADT

Identificação	Geraldo Alves C. Alves		Idade	Leito	Registrado/E		
Selar	<input type="checkbox"/> PSL	<input type="checkbox"/> CDA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> ULI
Rua	<input type="checkbox"/> USO _____						
	<input type="checkbox"/> UCC _____						
	<input type="checkbox"/> Eocardiograma _____						
	<input type="checkbox"/> EDA _____						
Endereço	Praça do Peixe - bairro de Candeias						
Localidade	Candeias - PE						
Hipótese Diagnóstica							
Indicação							
Nome	Assinatura do Profissional de Saúde						Nº CONSELHO
	Gilda C. Alves						
	Nascimento						
	CRM 461 AC						
	AUSP/PE						

1988-1989

Digitized by srujanika@gmail.com

~~COPIA~~
~~CONFORME ORIGINAIS~~



Nova Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

RECEITUÁRIO MÉDICO

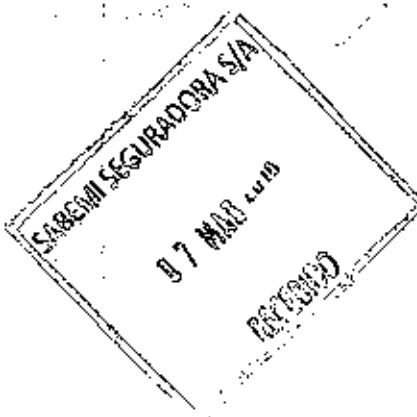
17-02-18

08:00h

~~44-7181A-DISTAL~~

Edisio C.P. filho
Brasília - Traumatologia
CPM - 169 - 2000

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.





Nova Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente Cirurgião Drº C. Sávio
necessita de 30 (TRINTA)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: E 763

R. Barreto 05/02/16
*Edisio C.P. Rino
Ortopedia - Traumatolog
CRM - 369.AC*

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 85 do RGPS, aprovado pelo Decreto Lei nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Novo Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: HUERB

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente MARIA SHIRLENE CARVALHO DA SILVA
necessita de 03 (UM)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: Z-76.3
DONOSO LIMA DANILIO ALIF CARVALHO DA SILVA

Rio Branco - 03 / 02 / 2016

Schella Cunha Kannei
Pediatria
CRMAC 1045

03 FEV 2016

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto Lei nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento de trabalho.

*REDAÇÃO AUTOMÁTICA
CNPJ 23.112.222/0001-02*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO



NOME:
DANILO ALEFF CARVALHO DA SILVA

MATRÍCULA
007600 01 55 2012 1 00265 029 0089486 91

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO): **QUATRO DE SETEMBRO DE DOIS MIL E DOZE** DIA **04** MÊS **09** ANO **2012**

HORA **11:28** MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO **Rio Branco - AC**

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO **Rio Branco-AC** LOCAL DE NASCIMENTO **Hospital Santa Jullaria** SEXO **masculino**

FILIAÇÃO

HUGNO NASCIMENTO DA SILVA
CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

AVÓS

PATERNOS: **FRANCISCO HUGO GOMES DA SILVA** e **MARIA CONSTANCIA PACHECO DO NASCIMENTO** : MATERNOS: **JOSE BEZERRA DA SILVA** e **MARIA DE NAZARE CARVALHO DA SILVA**

GÊMEO(S) NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
NÃO

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENO): **DOZE DE SETEMBRO DE DOIS MIL E DOZE** NÚMERO DA DECL. DE NASCIMENTO VIVO: **30-60364619-2**

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Nada consta. Livro A-265, Folha 29, Termo 89486. Custas e Emolumentos: R\$ NIHIL. Selo de Fiscalização nº AB2128881.

Registro feito de acordo com a Lei 6.015/73

Nome do Ofício:

1º Ofício de Registro Civil de Rio Branco-AC

Oficial Registrador: **Fábio Mendes dos Santos**

Município: **Rio Branco / AC**

End.: **Avenida Ceará, nº 1422**

Cep: **69908-690**

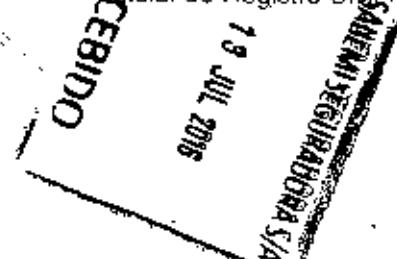
Fone: **(68)3224-9112**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.

Rio Branco / AC, 12 de setembro de 2012

Fábio Mendes dos Santos

Oficial de Registro Civil





Documento de identificação

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 666.164.092-87

Nome da Pessoa Física: **CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA**

Data de Nascimento: 22/03/1980

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 03/06/1998

Dígito Verificador: 00

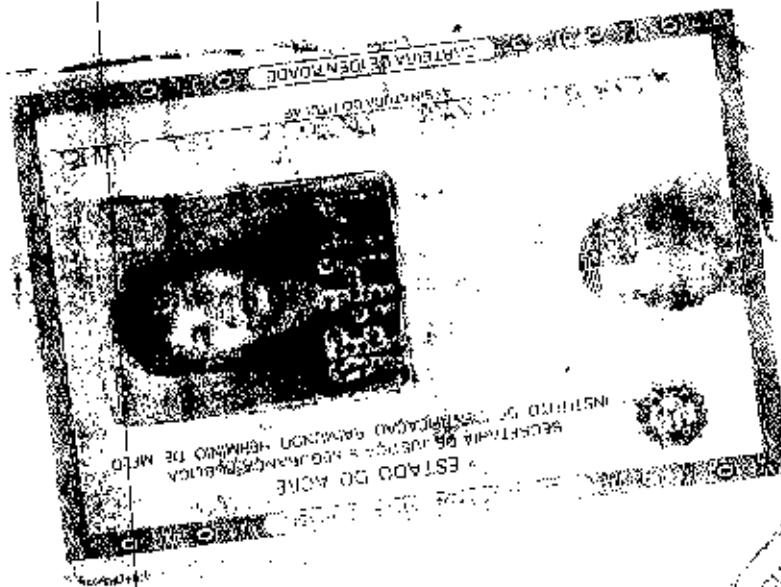
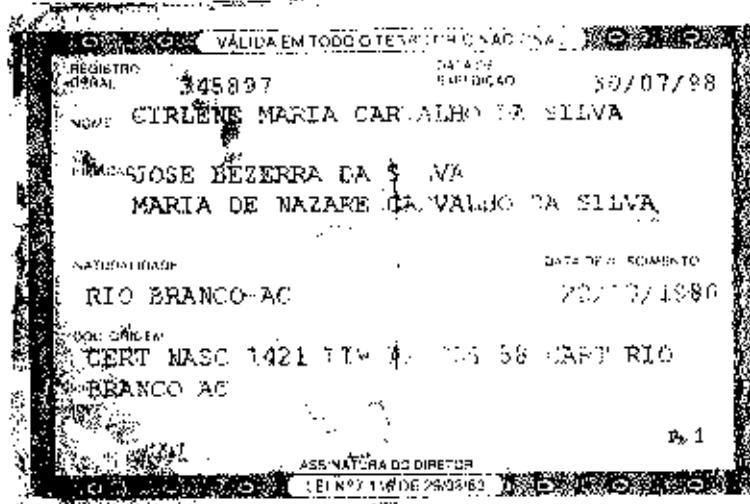
Comprovante emitido às: **17:02:57** do dia **26/02/2016** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **F894.3111.D11D.98FA**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

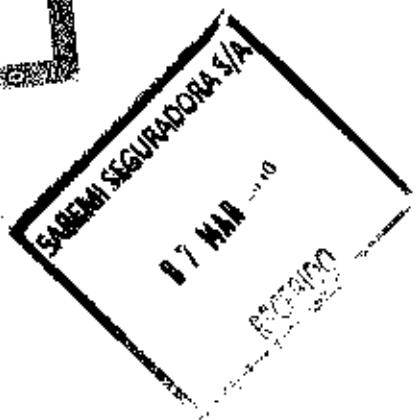
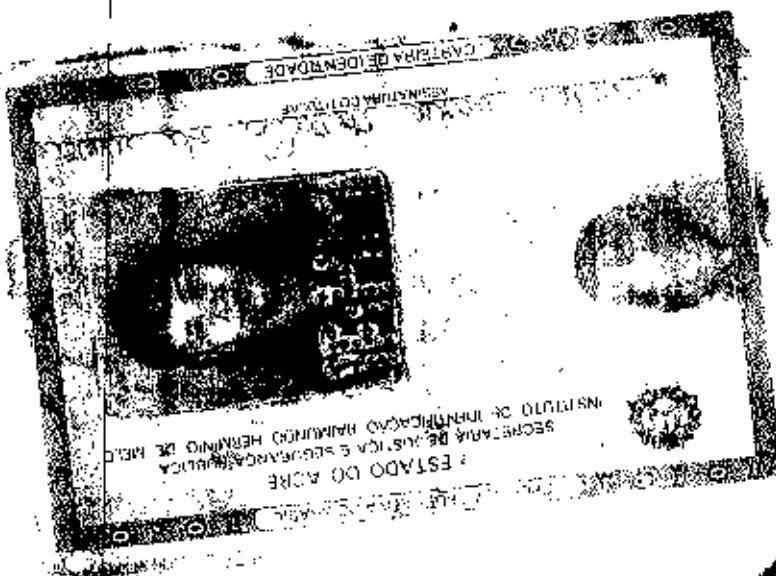
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

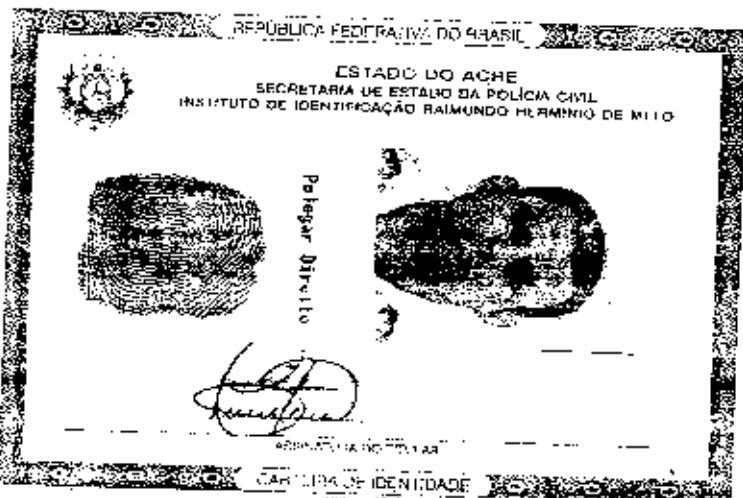
(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





VALIDA EM TODO O PSEF - PÓDIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	Nº DE EMIÇÃO
345897	30/07/98
NOME CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA	
JOSE BEZERRA DA SILVA	
MARIA DE NAZARE CARVALHO DA SILVA	
NO MUNICÍPIO	DATA DE EMISSÃO
RIO BRANCO-AC	22/03/1980
DOC. NIGEM	
CERT NASC 1421 17M 40 10 5 39 APT RIO BRANCO AC	
CEP	B-1
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 9.716 DE 29/06/98	





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº. Série 278384
Nome CRISTIANO MARQUES ABRAHÃO
Data de Emissão 26/03/1974
Data de Vencimento 23/11/1977

Filiação
LAZERSONDO PERTAÇO DE ABRAHÃO
PATRIMONIO MARQUES ABRAHÃO

Naturalidade
RIO BRANCO - AC

Doc. Oficial
CERTO CAS 0455 FLS 155 LIV BPC02
DE RIO BRANCO - AC

CPF
91.479.382-34

VIA

ALMOÇO COM PROBLEMAS
INTERIOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LPI-NV 2.116 DC 2408/63

P. 63



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2016

Carta nº: 9584941

A/C: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

Sinistro: 3160174077 ASL-0126472/16
Vítima: DANILo ALEFF CARVALHO DA SILVA
Data Acidente: 03/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

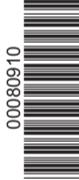
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160174077 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **DANILO ALEFF CARVALHO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANA NERY nº 173 - JOÃO EDUARDO I - RIO BRANCO/AC**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:

Data local do exame: **05/09/2016 RIO BRANCO/AC**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura da tibia e fibula à direita

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

tratada conservadoramente com gesso, por cerca de 6 semanas, não fez fisioterapia pois não precisou

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

limitação da flexão e extensão do tornozelo e edema residual

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

AC - RIO BRANCO, 05/09/2016

Médico Perito: RODRIGO VICK F GOMES CRM: 981

DR. RODRIGO VICK F. GOMES
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-AC 981

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Clelene Magia Carvalho da Silva

PORDEDOR(A) DO RG N° 345897 EXPEDIDO POR SSP/PR EM 30/10/2018
 CPF 666769092-87 CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO doméstica
 E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel Alcif Carvalho da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

() A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fáixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receitafazendagov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

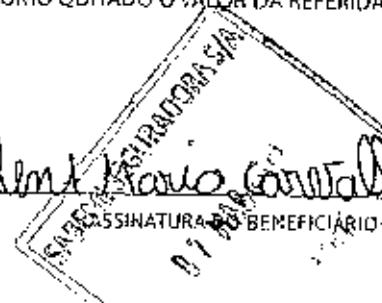
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3330 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34316-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

Rio Branco, 26 de fevereiro de 2016 Silene Maria Carvalho da Silva

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

00000000000000000000000000000000

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	CHARLENE RIBEIRO DA SILVA
Conta origem:	2278 / 013 / 00035368-6
Conta destino:	3220 / 013 / 00034316-1
Nome destinatário:	CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA
Valor:	00000000000000000000000000000000
Identificação da operação:	2468
Data de débito:	07/07/2016
Data/hora da operação:	07/07/2016 16:45:27
Código da operação: 00500919	
Chave de segurança: GPH3M7ZW1HWRCOZZ	

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

O débito foi efetuado com sucesso. A previsão do crédito na conta destino é de 30 dias.

Confirmando que a conta foi aberta conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Queridinha: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 3^a REGIONAL - 3^a DPCR
Endereço: RIO GRANDE DO SUL, S/Nº - AEROPORTO VELHO - 69903-420, Fone:
3225-6220.



Documentação médica hospitalar

OCORRÊNCIA Nº: 727/2016 - Registrado em 12 de Fevereiro de 2016 às 16:20h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 03/02/2016 às 17:00hs, Quarta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvalseguro.com.br".

LOCAL

Município:	Rio Branco	Estado:	AC
Logradoiro:	ANANERY	Nº:	173
Bairro:	JOAO EDUARDO I	CEP:	
		Tp de Local:	VIA URBANA

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE

CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA (35), do sexo feminino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de Doméstica, RG Nº: 345897/SSPAC, nascida em 22/03/1980, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOSE BEZERRA DA SILVA e MÃE: MARIA DE NAZARE CARVALHO DA SILVA, Endereço: ANANERY, 173 - Bairro: JOAO EDUARDO I - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9919-5200.

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

DANILO ALIF CARVALHO DA SILVA (3), do sexo masculino, Brasileira, nascido em 04/09/2012, natural de Rio Branco - AC, PAI: HUGNO NASCIMENTO DA SILVA e MÃE: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA, Endereço: ANANERY, 173 - Bairro: JOAO EDUARDO I - Rio Branco - AC.

EXAMES SOLICITADOS

LESAO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: AUTOR

NADIA CRISTINA DA SILVA PEREIRA OLIVEIRA (30), do sexo feminino, Brasileira, RG Nº: 467084/SSPAC, nascida em 07/05/1985, PAI: ADOLFO PEREIRA e MÃE: MARIA HELENA DA SILVA PEREIRA, Endereço: APUCARANA, 000 - Bairro: JOAO EDUARDO II - Rio Branco - AC.

VEÍCULO(S)	TP. DE ENVOLVIMENTO	EXAMES SOLICITADOS
Ptaca: NAC-2132	Apurar	

Cor: VERMELHA

Modelo/Marca: 125/HONDA

Proprietário: NADIA CRISTINA DA SILVA PEREIRA OLIVEIRA

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

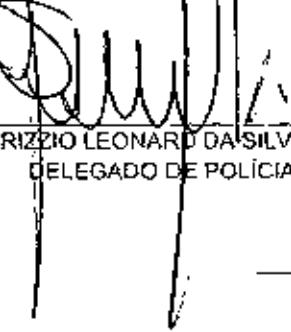
A COMUNICANTE VEM NOS COMUNICAR, QUE A VÍTIMA FOI ATROPELADA PELA AUTORA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA, ONDE LHE CAUSARAM ALGUMAS LESÕES NO PÉ DIREITO E TAMBÉM NO ROSTO E PERNAS. DIANTE DOS FATOS PEDE AS PROVIDÊNCIAS CABIVEIS.

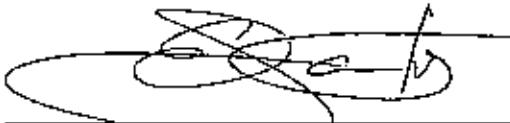


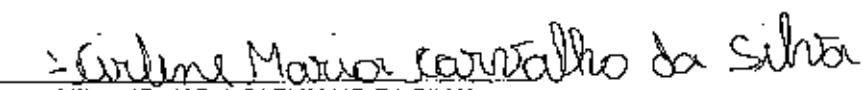


ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 3^a REGIONAL - 3^a DPCR
Endereço: RIO GRANDE DO SUL, S/Nº - AEROPORTO VELHO - 69903-420, Fone:
3225-6280.

OCORRÊNCIA Nº: 727/2016 - Registrado em 12 de Fevereiro de 2016 às 16:20h


FABRIZIO LEONARDO DA SILVA SOBREIRA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL


EVERALDO DOS SANTOS ARAUJO
ATENDENTE


CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA
COMUNICANTE



SINISTRO

Número do Sinistro: 3160174077

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DANILo ALEFF CARVALHO DA SILVA
 CPF: 666.164.092-87 CPF de: Representante
 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do
Acidente: 03/02/2016
 Titular do CPF: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Entregue		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Dispensado		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
REPRESENTANTE LEGAL - CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Pendente		
Comprovante de residência	Entregue		
Curatela	Dispensado		
Documentos de identificação	Entregue		
Tutela	Dispensado		
BENEFICIÁRIO - DANILo ALEFF CARVALHO DA SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Dispensado		
Comprovante de residência	Dispensado		

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 07/03/2016 Nome: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA CPF : 666.164.092-87	Data: 07/03/2016 15:14 Nome: GUSTAVO BARRETO BRUM CPF:
CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA	GUSTAVO BARRETO BRUM

C1 ATO

SMS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

Nº. DO BE: 2311221 DATA: 03/02/2016 HORA: 17:45 USUARIO: ALESSANDRA
CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO INFANTIL

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: DANILLO ABIF CARVALHO DA SILVA
 IDADE: 03 ANOS NASC: 04/09/2003
 ENDERECO: TRAV. ANA NERY
 COMPLEMENTO:
 MUNICIPIO: RIO BRANCO
 NOME PAI/MAE: TIA - KELLY CRISTINA OLIVEIRA DA SILVA
 RESPONSAVEL: /MARIA SHIRLENE CARVALHO D
 PROCEDENCIA: JOAO EDUARDO I
 ATENDIMENTO: ATROPELAMENTO
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO
 PLANO DE SAUDE: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: SIM

PA [X mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FCI [] SPO2 []

EXAM. COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TCI [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

*Vit. nova d. hospitaliz. d.
 no enx. aphto. metos. epig. e ful.
 escala da dor: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]*

DIAGNOSTICO:

*Vit. de atropelamento
 por presunto*

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / /
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: : :

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*22/02/2016 Paciente apresentando melhora clínica
 Glasgow 15 (6+6+4)*

*Cd. Alto hospitalar com orientações gerais + reato m.
 acompanhamento ambulatorial*

17:35hs - Menor, sexo masculino, de 15 anos, de cor branca, de pele clara, com olhos castanhos, procedente de sua residência, lucido, orientado, ativo, reativo, eupmérico, apresentava palidez cutânea, afibril, vítima de atropelamento por moto há t 30 minutos com politana. Nega perda de consciência e/ou vômitos. Da moça estava atravessando a rua quando foi atropelada. Apresenta escoriações em regiões frontal, face e joelhos. Négligia. Enfermeira Siduna. COEEN 137-205. Encaminhada para realização RX e posterior avaliação ortopedica. O atropelado permaneceu 2 horas dentro da ambulância.

refer to subjects directly onto separate screens
and then scan simultaneously.

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

- ① Dipinova sets → 17 sets to 18:40
② Plenil sets → 17 sets to 18:40
③ Oss I
④ ~~Arrestar~~ ~~do~~ ~~Guinovelo~~

18:40 hrs. Transferido para observación pediátrica

1845) esp. deer either
in winter or with the
same disease as the
jila rats.

Cîmpul faciute cu epoxie de face.

fo ex clued + px seu proxim do folha
dor onda da base. D. B. Phillips
ptro de CTAM. D. B. Phillips
1986-1987 CROAC-91